

3. Sox HC Jr, Blatt MA, Higgins MC, Marton KI. Medical decision making. Stoneham: Butterworths; 1988.
4. Gordis L. Epidemiology. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1996.
5. IASIST. Programa de Indicadores de Calidad Asistencial (PICA). Barcelona: IASIST; 2004.
6. Sempere T, Peiró S, Sendra P, Martínez C, López I. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Rev Esp Salud Pública. 1999;73:461-75.
7. Sánchez Ferlosio R. Vendrán más años malos y nos harán más ciegos. Barcelona: Ediciones Destino, Áncora y Defin; 1993. p. 49-50.

## Respuesta de los autores. Aguja de marear para técnicos de salud

**Sr. Director:** «Aguja de marear» significa brújula (lo que se emplea para orientarse en el mar, para viajar por el mar, para «marear»), pero también mecanismo de orientación, empleado figuradamente en situaciones complejas o inesperadas. Se precisa mucha aguja de marear para moverse con soltura en el Mar de la Incertidumbre.

En la redacción final de nuestro artículo<sup>1</sup> intentamos cumplir con el lema del extinto semanario satírico *La Codorniz*, «la revista más audaz para el lector más inteligente». Parece que hemos fracasado. No hemos sido lo suficientemente audaces. Insistimos:

1. Los lectores de nuestro artículo, si se hubiera publicado en un periódico de gran difusión, concluirían que es bueno, conveniente y lógico pasar por el médico general antes de ir al especialista. Que el acceso «directo e innecesario» a los especialistas es peligroso. Que los ricos acuden innecesariamente al especialista. Y que ir directa e innecesariamente a urgencias hospitalarias es especialmente peligroso.

2. Hemos tenido influencia de Illich<sup>2</sup>, y de otros ilustres críticos del poder *excesivo* de la medicina, como McKeown, Cochrane, McCormick y Skrabanek<sup>3-5</sup>. Nos conta-

gieron la *escepticismo*, enfermedad de baja contagiosidad contra la que se vacuna a los estudiantes de medicina. No es una visión maniquea (que sólo ve la oposición eterna entre el Bien y el Mal), sino una visión crítica (que intenta analizar lo que hace bien y mal la medicina, para evitar daños innecesarios).

3. Es justo percibir a los especialistas como galenos peligrosos que observan a sus pacientes con un campo visual muy angosto porque los especialistas lo son por elegir voluntariamente un campo visual muy estrecho, ceñido a su especialidad. Es bueno, justo y necesario que los especialistas tengan una lente, o microscopio, por ojo único, y que se concentren en lo suyo. Pero «quien mucho aprieta poco abarca».

4. La prevalencia de enfermedades es mayor en la sala de espera de los especialistas sólo cuando el médico general ha filtrado la demanda. El médico general quita las manzanas probablemente sanas de la cesta que le pasa al especialista, y éste recibe una cesta con mayor densidad de manzanas enfermas. Con ello se justifica la agresividad diagnóstica y terapéutica de los especialistas, y su horror a la incertidumbre. Pero si el especialista recibe directamente a los pacientes, en su sala de espera hay la misma prevalencia de enfermedad que en la del médico general. Para conservar la necesaria pureza de raza de los especialistas, hay que protegerlos del contacto innecesario con poblaciones de enfermos de baja prevalencia de enfermedad.

5. ¿Acuden más al especialista y menos al médico general los ricos, la gente culta e ilustrada de España? Osadamente contestamos sí. Sabemos mucho sobre esta cuestión en España (véanse los trabajos de Marisol Rodríguez<sup>6</sup>). Las salas de espera de los especialistas se llenan de pacientes cultos, jóvenes, ricos y sanos, lo que «*pervierte*» su digno trabajo, y les lleva a ofrecer pornoprevención, entre otros servicios innecesarios.

Para terminar, aunque sea innecesario, declaramos que el uso necesario de los especialistas es ventajoso para nuestros pacientes y para la población. Para saber más, invitamos a los lectores a los Seminarios de Innovación en Atención Primaria ([www.ffomc.org](http://www.ffomc.org)), coordinados por uno de los firmantes (J.G.), en cuya aula vir-

tual esperamos cordialmente al Dr. Campillo.

**J. Gérvas y M. Pérez Fernández**  
Equipo CESCA. Madrid. España.

1. Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria. 2005;35:87-90.
2. Illich I. Némesis médica. México: Joaquín Mortiz-Planeta; 1987.
3. McKeown T. El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis? México: Siglo XXI; 1982.
4. Cochrane AL. Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona: Salvat; 1985.
5. Skrabanek P, McCormick J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma; 1992.
6. Rodríguez M, Stoyanova A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. Health Econ. 2004;13:698-703.

## Depresión e incremento de la prescripción de antidepresivos

**Sr. Director:** En la reflexión sobre el incremento de la prescripción de antidepresivos de Ortiz y Lozano<sup>1</sup>, recientemente publicada, aparecen 2 hechos claros: el aumento marcado de la prescripción de los antidepresivos y la no disminución del número de días de baja anuales por 1.000 habitantes. Sin embargo, los argumentos para explicar ambos hechos reflejan acaso una visión parcial y sesgada del problema y, quizá, de poca ayuda para el esclarecimiento de un problema más complejo.

En atención primaria se prescribe hasta el 75% de los antidepresivos, y sin poner en duda la posibilidad de diagnósticos erróneos, la prescripción ante «simples problemas de la vida», los riesgos de una yatrogenia psicológica (rol pasivo de enfermo ante cuestiones vitales) e incluso casos de abuso de bajas laborales —problemas todos a los que aluden los autores—, no creemos que la disminución de la tolerancia a la frustración

**Palabras clave:** Filtro. Coordinación. Prevalencia.

**Palabras clave:** Salud mental. Depresión. Fármacos antidepresivos.